

2018 legyen a COPD éve – fordítsunk nagyobb figyelmet az idült légzőszervi betegségekre!

Dr. Antus Balázs, Dr. Kovács Gábor,
Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Magyar Tüdőgyógyász Társaság

A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) a fejlett világban népbetegség, a lakosság 6-8%-a szenved a betegség különböző stádiumaiban. A betegség 80%-ban az aktív vagy ex-dohányosokat érinti, a kórkép döntően 50 év felett alakul ki. A WHO prognózisa alapján a COPD 2020-ra a harmadik halál oka tényezővé válhat világszerte. A 2017-ben megújított GOLD dokumentum a legfontosabb evidencián alapuló ajánlás a betegség diagnosztikájáról, kezeléséről és megelőzéséről. Az új GOLD ajánlás szerint a betegség farmakológiai kezelésében a külön vagy kombinációban alkalmazott hosszú-hatású β_2 -receptor agonistáknak vagy hosszú-hatású antikolinergikumoknak van meghatározó szerepe. A Magyar Tüdőgyógyász Társaság kezdeményezte, hogy 2018-ban minél több szó essen a COPD-ről, úgy a szakma, a szakmapolitika, mint a lakosság szintjén. A kezdeményezés célja: megismertetni a lakossággal a COPD betegséget, s felhívni a figyelmet a megelőzésre, a korai tünetekre, elfogadtatni a gyógyszeres kezelést, illetve kiemelni a dohányzásról való leszokás fontosságát. A célunk a szakma, a társszakmák felé is jobban tudatosítani a betegség orvosszakmai jelentőségét, a társbetegségekkel való összefüggését, a korai diagnózis és helyes gyógyszeres terápia, illetve a rehabilitáció fontosságát.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is endemic in the developed world, with 6-8% of the population suffering from various stages of the disease. Smokers and former smokers are most at risk, 80% of COPD patients belong to these groups. The disease predominantly affects people over 50 years of age. Based on WHO's prognosis, COPD may become the third leading cause of death worldwide by 2020. The GOLD document updated in 2017 is the most important evidence-based reference tool for the diagnosis, treatment and prevention of the disease. According to the new GOLD guideline, the appropriate bronchodilator therapy with long-acting β_2 -agonists and long-acting muscarinic antagonists used alone or in combination with each other has major role in the pharmacologic treatment of the disease. In 2018 the Hungarian Respiratory Society has initiated talks about COPD among pulmonologists, policymakers and the public. The purpose of the initiative is to familiarize the public with COPD, draw attention to prevention and early symptoms, the benefits of medication and to emphasize the importance of smoking cessation. Our aim is to better communicate to other healthcare professionals the medical significance of the

disease, its correlation with co-morbidities, the importance of early diagnosis and good medication therapy, and the importance of rehabilitation.

EPIDEMIOLOGIAI HELYZETKÉP

Bár tágabb értelemben a COPD mellett az asztma bronchiale is az idült légzőszervi betegségek közé tartozik, jelen kezdeményezés és írás elsősorban a COPD jelentőségére, egyéni és társadalmi terheire szeretnénk felkeltetni a társszakmák, a szakmapolitikusok és a lakosság figyelmét. A COPD a fejlett világban népbetegség. A lakosság 6-8%-a szenved a betegség különböző stádiumaiban. 80%-ban a dohányosokat, egykori dohányosokat érinti, 50 éves kor felett alakul ki döntően, és kórlefordulása gyorsabb-lassabb progressziót feltételezve több évtizedig is eltarthat. A betegség nagyobb arányban érinti a szociálisan rosszabb helyzetű, egészségtelen életmódot folytató, dohányzó, rosszul táplálkozó, felső légúti fertőzéseit elhanyagoló, gyógyszereit nem szedő embereket. Ezzel is magyarázható, hogy a COPD-s betegek nem működnek együtt megfelelően, nem szedik, nem alkalmazzák a javasolt terápiát. Mindez a betegség gyorsabb romlását, gyakoribb panaszait eredményezi. A betegség marginalizál, mozgáskorlátozottsághoz vezet, a beteget visszahúzódná, esetenként depresszióssá teheti, ami ugyancsak rontja az állapotát. Az idült légzőszervi betegségek, így elsősorban a COPD társadalmi terheinek a növekedése várható a fejlett országokban köszönhetően annak, hogy ezekben az országokban jelentősen meghosszabbodott a születéskor várható élettartam, megnő az idős, ötven év feletti lakosság aránya. A dohányosok száma ugyanakkor nem csökken olyan ütemben, ami kompenzálná az idősebb korosztály megemelkedő arányának hatását.

A WHO prognózisa alapján, a COPD következtében bekövetkező évi 2,2 millió halálesettel a betegség 2020-ra a harmadik halál oka tényezővé válhat világszerte. Ha a morbiditást, vagyis az összes beteg számát nézzük, ami 600 millióra becsülhető a világon, akkor már most a második leggyakoribb megbetegedés a kardiovaszkuláris kórképek után. Hazánkban a 2017-es epidemiológiai adatok, a tüdőgondozói hálózat éves jelentése alapján mintegy 180 ezer COPD-s beteg ismert, s 2017-ben 14 ezer új beteget regisztráltak. Ugyanakkor az ország fejlettsége, a dohányzási szokások ismeretében mintegy hatszázezer beteg élhet Magyarországon. Ha figyelembe vesszük azt, hogy sok, legalább száz-ezer beteget kezelhetnek panaszai miatt, de korrekt diagnózis nélkül, feltételezhetően csak tüneti szerekekkel, roham-

oldó készítményekkel a háziorvosok, tekintettel arra, hogy az ajánlott hosszú hatású hörgőtágítók javallata tüdőgyógyász szakorvosi kompetencia, akkor is valószínűleg a betegeknek csupán a fele került felismerésre. Ez annál aggályosabb, mivel a minél korábbi stádiumban elkezdett adekvát terápia jelentheti a betegek számára az élettartam tényleges meghosszabbítását, a szövődmények elkerülését, de legalábbis későbbi megjelenését és a tartós jó életminőséget.

A háziorvosok felelőssége, hogy ismerjék a hozzájuk tartozó lakosok szokásait, ismerjék a dohányzó ötven év felettieket, akik a COPD legfontosabb rizikócsoportját jelentik. Bár nincs nemzetközi evidencián alapuló szűrővizsgálati javallat, indokolt lehet a kockázati csoport tagjait évente egy alkalommal kikérdezni (tartósan fáradékonyabb-e, köhög-e, van-e rendszeres köpetürítése, dohányzik-e), s gyanú esetén javasolni az egyszerű légzésfunkciós vizsgálatot. Néhány európai országban a háziorvosok rendelkeznek a légzésfunkciós vizsgálatok végzésének kompetenciájával, készségével, így egyszerűbb a diagnózis, ugyanakkor a mi gyakorlatunk, miszerint eleve szakorvos állíthatja fel a diagnózist finomabb körismét, stádium és fenotípus meghatározást, megfelelőbb és hatékonyabb terápia választást eredményezhet. A COPD több belgyógyászati és kardiológiai betegséggel együttesen fordulhat elő, illetve azok kialakulásának az alapját képezheti, kiváltó oka is lehet. Fontos lenne, hogy a társszakmák is gondoljanak rá, amikor kardiológiai, vagy anyagcsere betegséget diagnosztizálnak, gondolnak.

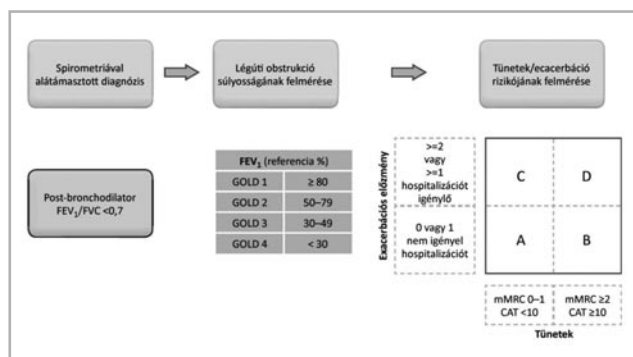
ÚJDONSÁGOK A COPD KEZELÉSÉBEN

A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) kezelésének a célja a panaszok enyhítése, a fizikai terhelhetőség javítása, az akut exacerbációk (fellángolások) megelőzése, valamint a betegség progressziójának/mortalitásának csökkentése. A betegség diagnosztikájáról és kezeléséről egy rendszeresen megújított nemzetközi ajánlás, az ún. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) dokumentum ad pontos irányutatót [1], amelynek legújabb, 2017-es formája a hazai szakirodalomban is bemutatásra került [2].

Az új ajánlás a hosszú-hatású β_2 -receptor agonisták (LABA) és a hosszú-hatású antikolinergikumok (LAMA) alkalmazásával történő minél hatékonyabb hörgőtágítást tekinti a farmakológiai kezelés legfontosabb elemének, és egyben hangsúlyozza a szemléletváltás szükségességét is, mely szerint a korábbi, uniformizált kezelési stratégia („one size fits all”) helyett egyre inkább a személyre szabott gyógyszeres terápiára kell törekedni a COPD-ben is.

A COPD egy rendkívül heterogén kórkép, melynek számos fenotípusa van, így például a dominánsan emphysemás vagy bronchitises típus, a gyakran exacerbáló csoport, a gyors funkcióvesztő forma, az asztmával átfedő vagy a kortikoszteroidra érzékeny típus [3]. Az erőltetett kilégzési másodperctérfogat (FEV1) nagysága önmagában nem jelzi a COPD súlyosságát és a kórkép minden aspektusát. Ennek megfelelően az új ajánlásban a légzésfunkciós mérést el-

hagyták a betegek súlyossági besorolásából, és a stádium-beosztás kizárólag a tünetek és az exacerbációs előzmény felmérésén alapul. Az A és B csoportba kerülnek azok a betegek, akik az előző évben nem, vagy csak egy alkalommal exacerbáltak, míg a C és D csoportba olyan betegek sorolandók, akiknek az előző évben kettő vagy több exacerbációjuk volt, vagy csak egy volt, de az kórházi felvételt tett szükségessé. Az A és B, illetve a C és a D csoport között a tüneti pontszámok döntenek. A spirometria, mint a légúti áramlás-korlátozottság mérésének hagyományos eszköze a diagnosztikában természetesen továbbra is elengedhetetlen maradt, és továbbra is fennáll, hogy a FEV1/FVC értéknek 0,7 alatt kell lennie ahhoz, hogy a COPD diagnózisát kimondhassuk. Az állapotfelmérés és a stádium besorolás alapját az 1. ábra mutatja.

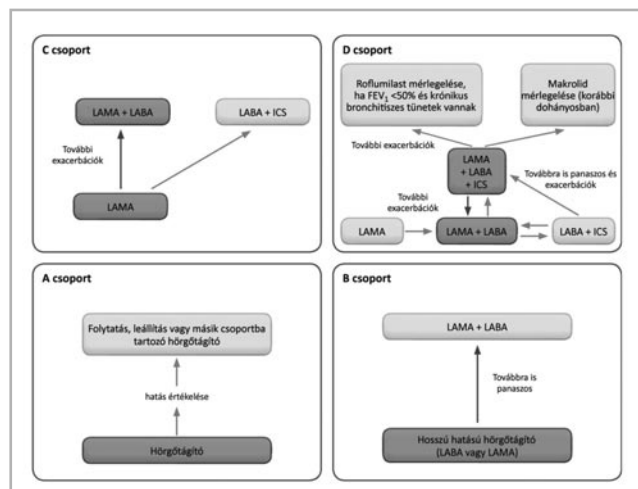


1. ábra
A légzésfunkció szerepe a COPD diagnosztikájában, és a kórkép besorolása (ABCD) az új nemzetközi ajánlás [2] szerint.

A COPD farmakoterápiájának meghatározó eleme a hörgőtágítás, amely hosszú-hatású inhalációs gyógyszerekkel, azaz LABA vagy LAMA készítményekkel, valamint ezek egy eszközből adagolt, fix dózisu kombinációjával (LABA/LAMA) érhető el a leghatékonyabban. Számos tanulmány igazolja, hogy e készítmények enyhítik a beteg panaszait, javítják az életminőséget, mérséklék a hiperinflációt, növelik a terhelhetőséget és csökkentik az exacerbációs gyakoriságot [4]. Meg kell azonban jegyezni, hogy az exacerbációs gyakoriság csökkentése szempontjából a LABA és a LAMA készítmények nem azonos mértékben teljesítenek: a POET és az INVIGORATE vizsgálatok ugyanis kimutatták, hogy a LAMA hatékonyabb az exacerbációs gyakoriság csökkentésében, mint a LABA az előző évben legalább egy exacerbációval kezelt közepesúlyos-nagyon súlyos COPD-s betegekben [5,6].

A kombinált LABA/LAMA készítmények gyakran kerülnek összehasonlításra a mono LAMA és az inhalációs kortikoszteroidot (ICS) is tartalmazó ICS/LABA készítményekkel. Egy közelmúltban közzét meta-analízis alapján a fix dózisu LABA/LAMA készítmények FEV1-re gyakorolt hatása kedvezőbb, mint a mono LAMA vagy ICS/LABA készítményeknek, míg az életminőségi mutatók tekintetében nincs lényeges különbség a LABA/LAMA és az ICS/LABA készítmények között [7]. Az előző évben legalább egy exacerbációval kezelt betegek esetében ugyanakkor a LABA/LAMA nagyobb mér-

tékben csökkenti az exacerbációk gyakoriságát, mint az ICS/LABA kombináció [8].



2. ábra
A farmakoterápia algoritmus a különböző csoportokban az új nemzetközi ajánlás [2] szerint.

A farmakoterápia algoritmusát a 2. ábra szemlélteti. Látható, hogy magas exacerbációs rizikójú betegek (C és D csoport) fenntartó terápiájában a LABA/LAMA készítményeknek van meghatározó szerepe, bár a C csoportú betegeknél kezdő terápiaként a LAMA monoterápia is elfogadható. Hasonlóan, a B csoportú betegek esetében kezdő terápiaként szintén mono LABA vagy LAMA készítmény javasolt. Ha azonban a betegnek e kezelés mellett továbbra is panaszai vannak, a kezelőorvos dönthet a kombinált LABA/LAMA terápia bevezetése mellett is. A sok panasszal rendelkező, továbbra is gyakran exacerbáló betegeknél a LABA/LAMA mellett alternatívaként az ICS/LABA kombináció jön szóba, de felmerül a hármas (LABA/LAMA/ICS) terápiára való váltás lehetősége is. Az ICS tartalmú kombináció inkább az asztma-COPD overlap gyanú, a nagyobb szisztémás/légúti gyulladás, valamint magasabb vér eosinophil sejtszám esetében javasolható [9,10], bár figyelembe kell venni, hogy az ICS tartós használata mellékhatásokkal, leginkább a pneumonia kismértékű emelkedésével járhat együtt [11].

Az új nemzetközi ajánlás jobban figyelembe veszi a COPD heterogenitását, és nagy szabadságot ad a farmakoterápiában a kezelőorvos számára. Az egyre szélesebb körben elterjedő kombinált hosszú-hatású hörgőtágítók (LABA/LAMA) tovább szélesítik a COPD gyógyszerpalettáját, és egyben újabb előrelépést jelentenek a személyre szabott gyógykezelés irányába. A gyógyszeres kezelés mellett ma már evidencia szintű javallat a légzőszervi rehabilitáció alkalmazása. Eerre lehetőség van speciálisan felszerelt rehabilitációs fekvőbeteg osztályokon és a járóbeteg ellátás keretében az erre felkészült tüdőgondozókban. A cél az lenne, hogy kiterjesszük ezt a szolgáltatást valamennyi tüdőgondozóra, hiszen a rehabilitáció ma már a gyógyszeres kezeléssel egyenértékű része a COPD-s betegek gyógykezelésének. Ennek érdekében a Magyar Tüdőgyógyász Társaság (MTT) kezdeményezésére és anyagi támogatásával hatásszámítá-

sokkal kiegészített finanszírozási tanulmány készült, amelynek alapján a szakma kezdeményezte a tüdőgondozókban történő szakszerű rehabilitációs tevékenységek megfelelő finanszírozását, megteremtve ezzel annak a lehetőségét, hogy minél szélesebb körben kezdődhesen meg ennek a betegkörnek a megfelelő gyógykezelése, gondozása. Igaz, ehhez meg is kell teremteni a személyi és tárgyi feltételeket, de ehhez ad lökést az, ha megfelelő finanszírozás is társul a tevékenységhez. A NEAK évente mintegy 25 milliárd forintot fordít az R03-as csoportba tartozó hörgőtágító készítményekre (igaz ebben az asztma gyógyszerei is benne vannak). Belátható, hogy a terápia hatékonyságát és a betegek együttműködését megnövelő tüdőgondozói rehabilitációs tevékenység igazán költséghatékony ráfordítás lehet. Ráadásul a betanítást követően a beteg egyszerű segédeszközökkel otthon is végezhetik ezeket a gyakorlatokat.

A betegség gyakorlatilag kezelhetetlen, ha a dohányzó beteg tovább folytatja a dohányzást, ezért a terápia elengedhetetlen harmadik oszlopként a korszerű gyógyszeres terápia és a légzőszervi rehabilitáció mellett a dohányzás abbahagyása. Ehhez nyújthat segítséget a háziorvos, illetve bármely szakorvos a minimális intervenció révén. Ingyenes zöld számon elérhető a telefonos leszokás támogatás is (leszokás támogató call center: 0680/442044). Komolyabb hozzászokás és függőség esetén hosszabb, több hónapos egyéni, esetleg csoportos leszokási programban vehet részt a páciens, amely ugyancsak elérhető a tüdőgondozók jelentős részében. Az azért elgondolkodtató, hogy a leszokást érdemben megkönnyíteni képes gyógyszeres készítmény mind a mai napig nem támogatott hazánkban.

A MAGYAR TÜDŐGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG KEZDEMÉNYEZÉSE

Komoly gondot jelent, hogy a lakosság nem ismeri fel a betegség megelőzésének, korai diagnózisának és a szakszerű gyógyszeres kezelés elfogadásának a jelentőségét. Sokan azt sem tudják, hogy mi az a COPD, hogy létezik egyáltalán ez a betegség. Ezért a magyar Tüdőgyógyász Társaság kezdeményezte, hogy 2018-ban minél több szó essen a COPD-ről, úgy a szakma, a szakmapolitika, mint a lakosság szintjén. A kezdeményezés célja: megismertetni a lakossággal a COPD betegséget, s felhívni a figyelmet a megelőzésre, a korai tünetekre és a korai kórismére, elfogadni és folytatni a gyógyszeres kezelést, illetve a dohányzás leszokás fontosságát kiemelni. A célunk a szakma, a társszakmák felé is jobban tudatosítani a betegség orvosszakmai jelentőségét, a társszakmákkal való összefüggését, a korai diagnózis és helyes gyógyszeres terápia, a rehabilitáció és a dohányzás abbahagyásának a fontosságát.

A kezdeményezésnek öt célcsoportja van: a tüdőgyógyászok, a társszakmák (kardiológusok, belgyógyászok elsősorban), a háziorvosok, a szakmapolitika és a lakosság. A tüdőgyógyászok esetében a háziorvosok, a társszakmák felé történő proaktív kezdeményezések jelentőségét kell kidomborítanunk. A társszakmák képviselőivel, tudományos társasá-

gaikkal keressük a kapcsolatot, hogy szakmai rendezvényeinken, szakmai lapjainkban kölcsönösen jelenjünk meg a COPD-t tárgyaló prezentációkkal, a szakképzésben nyerhesen nagyobb teret a betegség ismerete. Kiemelt kezdeményezésünk ebben az évben, hogy megkeressük a megyei kórházak menedzsmentjét és kezdeményezzük COPD témájú tudományos referálók szervezését a helyi szakemberek, tüdőgyógyász és belgyógyász kollegák bevonásával a kórház szakmai közönsége számára. Reméljük a fogadókészséget! Kulcsfontosságú a már korábban leírtak miatt a háziorvosok bevonása a programba. Rájuk is vonatkoznak természetesen azok a lehetőségek, amelyeket a társszakmák esetében már megemlíttünk. Emellett azonban el szeretnénk érni – és ezért kezdeményezzük az egyeztetést a háziorvosi szakma képviselőivel –, hogy az idült légúti betegségek nagyobb súlyllyal kerüljenek be a háziorvosi szakvizsga anyagába. Gondoljunk az epidemiológiai arányokra: 6% prevalencia mellett minden háziorvosnak van mintegy 60-120 COPD-s gondozottja, s legalább ennyi asztmás betege is. Közös háziorvos-pulmonológus rendezvényeket, kazuisztikai fórumokat kezdeményezünk. Ismervé a kollegák leterheltségét is, meg kell kísérelnünk ezt a szakmai közeledést, hiszen a COPD-s betegek nem is gondolhatók eredményesen a háziorvos kollegák szakszerű együttműködése, a fellángolások, az exacerbációk megfelelő menedzselése és dokumentálása, a társbetegségek ellátása nélkül. A szakmapolitika figyelmét folyamatosan

fel kell hívunk a COPD társadalmi terheire, és az elmúlt években megjelent hazai COPD szakmai irányelv, illetve az ezen is alapuló finanszírozási protokoll megújítását is szorgalmazzunk kell. Reméljük, hogy a már korábban előkészített COPD szakpolitikai program is megjelenhet.

A lakosság megnyerése lenne azonban a legfontosabb eleme az MTT kezdeményezésének. Hiába juthatunk hozzá ugyanis az ajánlott legfontosabb gyógyszerekhez, ha a betegek terápiás adherenciája rendkívül alacsony a COPD esetében. Az sem vigasztaló különösebben, hogy ez világszerte is. A COPD-s betegeknek csupán a 30%-a használja többé-kevésbé rendszeresen a gyógyszereit, ami azt jelenti, hogy 12 hónap alatt legalább hat hónapos adagot ki is vált, holott folyamatosan kellene használnia azokat. Többnyire akkor térnek vissza a gyógyszerre, ha fellángolás miatt fokozódnak a panaszai. Ezek az exacerbációk viszont már sajnos a betegség progressziójának a felgyorsulását jelzik. Ezért populáris lakossági eseményeket, nyílt napokat, sajtómegjelenéseket szervezünk. Plakátokat, szórólapokat készíttünk, amelyeket rendelőkben, nagyobb forgalmú helyeket teszünk ki. Együttműködésben állapodtunk meg a Gyógyászati Kamarával, s ebben az évben az idült légúti betegségek lesz a „Patika Nap” szakmai témája, s havi rendszerességgel jelenhetnek meg a betegség különböző vonatkozásai a gyógyszereseket és a patikákat látogató laikusokat elérő kiadványokban.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD, Undated, 2017 (www.goldcopd.com)
- [2] Somfay A: A COPD kialakulásának és kezelésének új szempontjai a 2017-es GOLD dokumentum alapján, *Med Thor*, 2017, 70: 347-352.
- [3] Han MK, Agusti A, Calverley PM, Celli BR, Criner G, Curtis JL, Fabbri LM, Goldin JG, Jones PW, Macnee W, Make BJ, Rabe KF, Rennard SI, Sciruba FC, Silverman EK, Vestbo J, Washko GR, Wouters EF, Martinez FJ: Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: the future of COPD, *Am J Respir Crit Care Med*, 2010, 182: 598-604.
- [4] Wedzicha JA, Decramer M, Seemungal TA: The role of bronchodilator treatment in the prevention of exacerbations of COPD, *Eur Respir J*, 2012, 40: 1545-1554.
- [5] Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, Schmidt H, Rutten-van Mölken MP, Beeh KM, Rabe KF, Fabbri LM: POET-COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD, *N Engl J Med*, 2011, 364: 1093-1103.
- [6] Decramer ML, Chapman KR, Dahl R, Frith P, Devouassoux G, Fritscher C, Cameron R, Shoaib M, Lawrence D, Young D, McBryan D: INVIGORATE investigators. Once-daily indacaterol versus tiotropium for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (INVIGORATE): a randomised, blinded, parallel-group study, *Lancet Respir Med*, 2013, 1: 524-533.
- [7] Rodrigo GJ, Price D, Anzueto A, Singh D, Altman P, Bader G, Patalano F, Fogel R, Kostikas K: LABA/LAMA combinations versus LAMA monotherapy or LABA/ICS in COPD: a systematic review and meta-analysis, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2017, 12: 907-922.
- [8] Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR, Vestbo J, Roche N, Ayers RT, Thach C, Fogel R, Patalano F, Vogelmeier CF: FLAME Investigators. Indacaterol-glycopyrronium versus salmeterol-fluticasone for COPD, *N Engl J Med*, 2016, 374: 2222-2234.
- [9] Pascoe S, Locantore N, Dransfield MT, Barnes NC, Pavord ID: Blood eosinophil counts, exacerbations, and response to the addition of inhaled fluticasone furoate to vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a secondary analysis of data from two parallel randomised controlled trials, *Lancet Respir Med*, 2015, 3: 435-442.
- [10] Pavord ID, Lettis S, Locantore N, Pascoe S, Jones PW, Wedzicha JA, Barnes NC: Blood eosinophils and inha-

led corticosteroid/long-acting β -2 agonist efficacy in COPD, Thorax, 2016, 71: 118-125.

[11] Crim C, Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, Willits LR, Yates JC, Vestbo J:

Pneumonia risk in COPD patients receiving inhaled corticosteroids alone or in combination: TORCH study results, Eur Respir J, 2009, 34: 641-617.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Antus Balázs 1997-ben Budapesten szerezett orvosi diplomát, majd ösztöndíjas PhD hallgatóként a Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézetébe került. Doktoranduszi éve alatt a DAAD ösztöndíj támogatásával két évet töltött az Esseni Egyetem kutatólaboratóriumában, a Német Szövetségi Köztársaságban. A PhD fokozat megszerzése után, 2001-óta dolgozik az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben, 2006-ban tüdőgyógyászatból tett szakvizsgát. Gyakorló orvosi munkája mellett fokozatosan bekapcsolódott az Intézet Kórélettani Osztályán folyó kutatómunkába is, melynek később osztályvezető főorvosa lett.



Dr. Kovács Gábor az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet főigazgatója. Fő szakmai érdeklődési területe a tüdőrák, elsősorban a megelőzés lehetőségei. Több mint húsz év óta tanulmányozza a primer prevenció, nevezetesen a dohányzás visszaszorításának gyakorlati lehetőségeit. Több publikáció, könyv fejezet jelzi ilyen irányú aktivitását. A primer prevenció mellett foglalkoztatja a szekunder prevenció kérdése, a tüdőszűrés átalakításával,

Kutatócsoportjának tevékenységét az ETT, az OTKA és a Magyar Pulmonológiai Alapítvány által kiírt kutatási pályázatok elnyerésével alapozta meg. Két alkalommal nyerte el az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíját. Tudományos aktivitását 2010-ben a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Kovács Ferenc emlékéremmel jutalmazta. 2014-óta a Társaság vezetőségi tagja, 2015-ben a Társaság Allergológiai és Légzéspathológiai Szekciójának vezetőségi tagjai közé is beválasztották. 2016-ban MTA doktora fokozatot szerzett. Évek óta aktív szervezője a Pulmonológus Kutatók Fórumának és előadója a Magyar Tüdőgyógyász Társaság különböző szakmai rendezvényeinek. Közleményeinek száma: 93, összesített impact faktora: 138,2.

annak tapasztalatait figyelembe véve rizikócsoportos tüdőrák szűrési modell kialakítása. 2003-2005 Fővárosi Tüdőgyógyász Szakfőorvos, 2005-től Országos Tüdőgyógyász Szakfőorvos, 2011-től a Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának elnöke. A Magyar Tüdőgyógyász Társaság több cikluson keresztül volt és jelenleg is vezetőségi, illetve elnökségi tagja, 2010 óta megválasztott elnöke. Tagja a European Respiratory Society (ERS), és az International Assotiation for Study of Lung Cancer (IASLC) nemzetközi társaságnak.

Az 5. a Semmelweis Egyetem a THE listáján

Az 5. helyen, a magyar egyetemek közül a legjobb eredménnyel végzett a Semmelweis Egyetem a Times Higher Education (THE) New Europe ranking elnevezésű listáján. Az új rangsorban a 2004 óta az Európai Unióhoz csatlakozott országok egyetemei találhatóak, a rangsorolás módszere megegyezik a THE World University Rankings módszerével.

A 13 ország 53 egyeteme közül az első a Tartui Egyetem (Észtország) lett, 2. és 3. helyen két ciprusi intézmény áll, a közép-kelet-európai régióból a Semmelweis Egyetemet csak a prágai Károly Egyetem előzte meg. Magyarországról összesen 7 felsőoktatási intézmény került fel a listára: a Semmelweis Egyetem az 5., az Eötvös Loránd Tudományegyetem a 11., a Pécsi Tudományegyetem a 13., a Szegedi Tudományegyetem a 18., a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem a 25., a Debreceni Egyetem a 27., a Corvinus Egyetem pedig a 31-40. helyen végzett a rangsorban. A vizsgált országok közül Csehország szerepel a legjobban, onnan 13 egyetem került fel a listára.

A THE rangsor készítői öt terület mutatói alapján mérik össze az intézményeket, ezek az oktatási környezet, kutatás, idézettesség, ipari bevételek és nemzetközi orientáció.

Semmelweis Egyetem Kommunikációs és Rendezvényszervezési Igazgatóság